

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ALUMNOS DE ENFERMERÍA. UN ENFOQUE DESDE LA ANTROPOLOGÍA EDUCATIVA APLICADA A LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Siles-González, J., Noreña-Peña, A.L. y Solano-Ruiz, C.

Departamento de enfermería. Universidad de Alicante.

Este trabajo se enmarca en el seno del Programa Redes-I3CE de investigación en docencia universitaria del Vicerrectorado de Calidad e Innovación Educativa-Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alicante (convocatoria 2016 - 17), Ref.:3826/ Proyecto Antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas.

Resumen: Las emociones y sentimientos durante las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería están integrados en el currículum oculto. Objetivos: contribuir a la concienciación de las emociones y sentimientos que convergen en el proceso de construcción del conocimiento durante las prácticas clínicas. Método: Se utilizó la escala TMMS - 24 para valorar la inteligencia emocional y una entrevista abierta. Se han implementado con 40 alumnos. Se muestran resultados positivos respecto a la percepción, regulación y comprensión emocional. Conclusiones: La escala TMMS - 24 resulta pertinente para valorar la Inteligencia Emocional, pero es aconsejable emplear estudios cualitativos para profundizar en un fenómeno tan complejo.

Palabras clave: enfermería; prácticas clínicas; inteligencia emocional; emociones; sentimientos; Gestión de la práctica profesional; Riesgo sanitario; Comunicación; Atención de enfermería;

Abstract: EMOTIONAL INTELLIGENCE DURING CLINICAL PRACTICES OF NURSING STUDENTS. AN APPROACH FROM EDUCATIONAL ANTHROPOLOGY APPLIED TO CLINICAL PRACTICES. Emotions and feelings during the clinical practices of nursing students are integrated into the hidden curriculum. Objectives: to contribute to the awareness of the emotions and feelings that converge in the process of knowledge construction during clinical practices. Method: The TMMS - 24 scale was used to assess emotional intelligence and an open interview. They have been implemented with 40 students. Positive results are shown regarding perception, regulation and emotional understanding. Conclusions: The TMMS - 24 scale is relevant to assess Emotional Intelligence, but it is advisable to use qualitative studies to delve into such a complex phenomenon.

Key words: nursing; clinical practices; emotional intelligence; emotions and feelings

Siles-González, J., Noreña-Peña, A.L. y Solano-Ruiz, C. **LA INTELIGENCIA EMOCIONAL DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ALUMNOS DE ENFERMERÍA. UN ENFOQUE DESDE LA ANTROPOLOGÍA EDUCATIVA APLICADA A LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.** ENE, Revista de Enfermería. v. 11, n. 2, ago 2017. ISSN 1988 - 348X. Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs>

INTRODUCCIÓN

Este estudio se justifica en el hecho generalizado de que los alumnos del grado de enfermería al realizar sus prácticas clínicas tienen que enfrentarse a situaciones de interacción con los pacientes en las que deben aplicar los conocimientos y habilidades con actitudes adecuadas aprendidas en el

aula y/o simulación. Sin embargo, las emociones y sentimientos que emergen en el transcurso de su formación clínica no suelen formar parte de su proceso de enseñanza aprendizaje, quedando relegado este al plano exclusivamente personal y del currículum oculto.

Se parte del objetivo de contribuir a la concienciación de las emociones y sentimientos que convergen en el proceso de construcción del conocimiento durante las prácticas clínicas. Asimismo, potenciar el aprendizaje reflexivo y participativo de la gestión de la inteligencia emocional en alumnos del grado enfermería durante sus prácticas clínicas, además de implementar estrategias metodológicas innovadoras para la toma de conciencia, reflexión, valoración y análisis de las emociones y sentimientos derivados de actividades desarrolladas por alumnos del grado de enfermería durante sus prácticas clínicas. Para alcanzar los objetivos de este estudio, se ha partido de los presupuestos del paradigma hermenéutico (Siles-González, 2010, Mínguez y Siles-González, 2014) en el que se considera la comunicación como herramienta de comprensión de la práctica y los ejes esenciales del constructivismo al considerar el proceso de adquisición de conocimiento desde el interior de la persona que aprende, un interior que rebasa los límites del contexto cognitivo, dado que inciden de pleno las emociones y los sentimientos (Fernández y Extremera, 2005). Apoyándose en la más moderna investigación sobre el cerebro y la conducta, el autor explica por qué personas con un elevado coeficiente intelectual fracasan en sus empresas vitales, mientras que otras con un CI más modesto triunfan clamorosamente. La inteligencia emocional es una forma de interacción con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social Goleman (1995).

A modo de estado de la cuestión, se han empleado trabajos de diversos autores, como los centrados en el estudio de la inteligencia emocional realizados por Salovey & Mayer (1990) que clarificaron a principios de la década de los noventa el concepto de inteligencia emocional describiendo sus interacciones con diferentes áreas de la personalidad. El término se puso de moda cuando Goleman (1995) expuso las grandes ventajas de la Inteligencia Emocional, tanto para la sociedad como para el individuo, en un ensayo que tuvo una difusión extraacadémica. La salud emocional es otro concepto que se deriva del nivel de inteligencia emocional y su puesta en práctica. La relación entre mente y cuerpo se desarrolla en un libro transdisciplinar en el que participan especialistas de diferentes áreas: budistas, psicólogos, científicos y médicos; todos ellos se plantean cuestiones como la interacción entre cerebro e intelecto, sistema emocional, los sentimientos y el sistema inmunitario llegando a conclusiones como la función curativa que se produce cuando se asocian coherentemente: cuerpo, mente, emociones y sentimientos (Goleman, 1997). En un estudio realizado por profesores de la Universidad de Jaén, se afronta el estudio de la inteligencia emocional relacionándola con los estresores ocupacionales y el bienestar psicológico (Pulido-Martos, Augusto-Landa, & López-Zafra, 2016).

El modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey (1997) es el que, esencialmente, se va a seguir en esta investigación. Los tres niveles de inteligencia emocional que se van a tratar en este estudio son: la Percepción Emocional (PE), que se podría describir como la destreza de los estudiantes para percibir las emociones propias y también las de las demás personas y de otros elementos como la contemplación de la naturaleza, las obras de arte (cuadros, música), pero particularmente las de los pacientes en el caso de los estudiantes de enfermería (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Así mismo, la Comprensión Emocional (C.E.) puede interpretarse de forma básica como la pericia intelectual e intuitiva precisa para entender las emociones, los sentimientos, sus flujos dinámicos, interactivos, temporales y sus respectivos significados (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Por otro lado, la Regulación Emocional (R.E.) puede entenderse como la destreza necesaria que posibilita abrirse a los sentimientos y tener la posibilidad de ajustar tanto los propios como los ajenos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004) como recurso de aprendizaje estético para darle un sentido global y contribuir a la vertebración o construcción personal.

La inteligencia emocional también ha sido abordada desde la perspectiva de la metacognición por Doménech (2004) para valorar la interacción entre inteligencia emocional, metacognición y la resolución de problemas, algo tan característico del trabajo clínico enfermero. En este mismo contexto de la práctica clínica, resulta interesante un estudio en el que se avalan las "tareas de ejecución" como forma de medir la inteligencia emocional (Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal, 2004). Por otro lado, ha resultado muy clarificador el trabajo de Extremera y Fernández-Berrocal (2005) para valorar la incidencia entre la inteligencia emocional de los individuos y su nivel de meta-conocimiento de los estados emocionales. En otros estudios se ha demostrado la necesidad de adoptar modelos para la educación de la inteligencia emocional (Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2005). Más allá de la inteligencia emocional conviene considerar la incidencia de los sentimientos en el proceso de satisfacción de necesidades y el proceso de

realización en el que sin duda interviene la inteligencia emocional Heller (2006). Ekman (2010) profundiza en el estudio de la expresión no verbal para identificar las emociones enfatizando la utilidad de las emociones desde diversas perspectivas teniendo esto gran importancia en enfermería a la hora de valorar los gestos de los profesionales de enfermería mientras están interactuando con los pacientes (Ekman, 2013). La incidencia de las emociones y sentimientos en la cultura ha sido estudiada por diversos autores. Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos, y Extremera, (2001), afirman que el contexto cultural incide en el nivel de inteligencia emocional percibida y su regulación. En esta misma línea hay autores que señalan la necesidad de complementar los estudios psicométricos con enfoques cualitativos desde la perspectiva de la antropología y los estudios culturales de las emociones y sentimientos (Geertz, 1996; Atencia-Escalante, 2005); más centrado todavía en el estudio antropológico de las prácticas clínicas se encuentran los trabajos de Siles-González y Solano-Ruiz, (2009). Otros autores, liberando las emociones, los sentimientos y su incidencia en la inteligencia y la resolución de problemas del plano meramente psicométrico; han destacado la interacción enfermera-paciente como una fuente generadora de sentimientos de gran intensidad debido a la concienciación de la dimensión artística de la enfermería considerando a esta disciplina desde la perspectiva estética de los cuidados y explicitando el gran caudal de momentos sublimes y bellos que acontecen durante la práctica clínica (Siles-González y Solano-Ruiz, 2011, 2016). Otros estudios que mantienen este enfoque estético describen la importancia de las emociones y los sentimientos en la humanización de los cuidados a través de la poesía de los cuidados y la socio-poética (Siles-González, 2014)

REFERENCIAL TEÓRICO Y METODOLÓGICO

Se ha partido de los supuestos del paradigma hermenéutico (Siles-González, 2010; Mínguez y Siles-González, 2014) dado que para valorar la inteligencia emocional resulta fundamental la comunicación (verbal y no verbal) como herramienta de comprensión de la práctica. Asimismo se han considerado el constructivismo social y el factor cultural dado que el proceso de aprendizaje desde el interior de la persona va más allá de lo meramente cognitivo integrándose en el mismo las emociones y los sentimientos (Fernández y Extremera, 2005). Para clasificar las emociones y sentimientos en este estudio, se han seguido las aportaciones de Ekman (2013) que divide las emociones en primarias y secundarias y de Agnes Heller (2006).

- En la primera fase del trabajo consistente en valorar y potenciar el aprendizaje reflexivo de la gestión emocional en alumnos de enfermería durante sus prácticas clínicas se ha empleado la escala de Salovey y Mayer (1995) que, originalmente, contiene 48 ítems y valora la habilidad emocional que permite la concienciación sobre las emociones como preámbulo del control y regulación de las mismas. Dicha escala ha sido adaptada a una versión más reducida (24 ítems) y traducida al castellano por Fernández- Berrocal et al., (1998, 2002). La TMMS - 24 que contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional (percepción, comprensión y regulación) con 8 ítems cada una de ellas ([Anexo I](#)). En una segunda fase, más potenciadora de la participación activa de los estudiantes, se realizó una entrevista consistente en cuatro preguntas abiertas cuya temática general se expresaba en su título: "Emociones, sentimientos y prácticas clínicas: Cuatro cuestiones para la reflexión" ([Anexo II](#)). Tanto la escala TMMS - 24 como la entrevista abierta se ha implementado con 40 alumnos (38 mujeres, 2 varones) del tercer curso del grado de enfermería durante sus prácticas clínicas en los hospitales de Elche y Alicante en los meses de febrero-abril-marzo 2017.

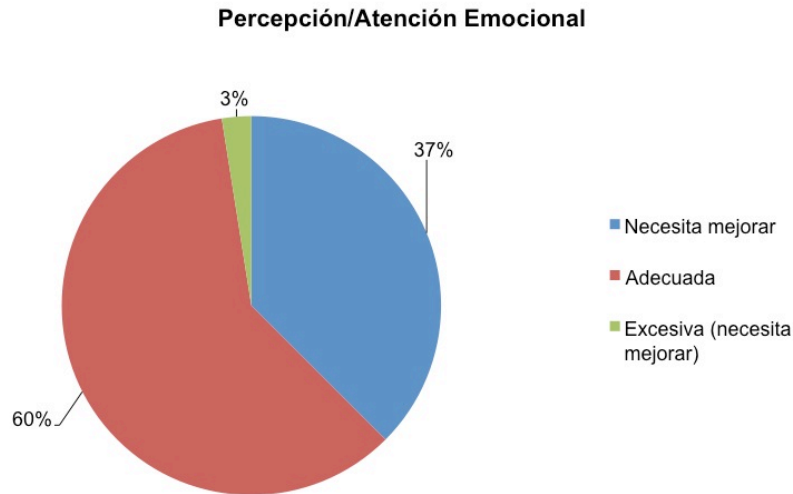
El muestreo en ambas fases fue por selección intencionada (Casal y Mateu, 2003) conveniencia, casual e intencional, dado que es un método no probabilístico que selecciona los individuos por su nivel de disponibilidad y conocimiento del problema de investigación (Sally y Schumacher, 2005). Una vez realizadas las entrevistas de los participantes se ha procedido al análisis cualitativo de la información mediante la reducción de datos y la subsiguiente categorización y codificación e identificando y diferenciando unidades de significado.

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con la escala de Inteligencia Emocional, considerando los 3 niveles establecidos en la escala emocional (debe mejorar, adecuada, excelente) en sus tres dimensiones (percepción emocional, comprensión emocional y regulación emocional), los datos obtenidos han sido los siguientes:

- La percepción emocional es la dimensión en la que los datos obtenidos reflejan un mayor déficit (Gráfico 1), dado que el 37% de los que han realizado la escala necesitan mejorar su atención sobre sus propios sentimientos. Es decir, las alumnas, han reflejado en sus valoraciones un escaso interés por el conocimiento de sus propios sentimientos, emociones y estado de ánimo. También se deduce el hecho de que las propias alumnas piensan que sus emociones y sentimientos apenas

inciden en sus pensamientos y decisiones. Por otro lado, un 60% de las alumnas tienen un nivel de atención que se puede considerar adecuado. Asimismo, un escaso 3% también precisa mejorar su percepción dado que prestan demasiada atención a sus sentimientos y emociones y esa circunstancia entorpece su proceso de aprendizaje clínico y el de toma de decisiones. El sumatorio de las puntuaciones de los 8 ítems que miden la percepción emocional cumplimentados por las alumnas en esta primera parte de la escala da como resultado los siguientes datos descriptivos:



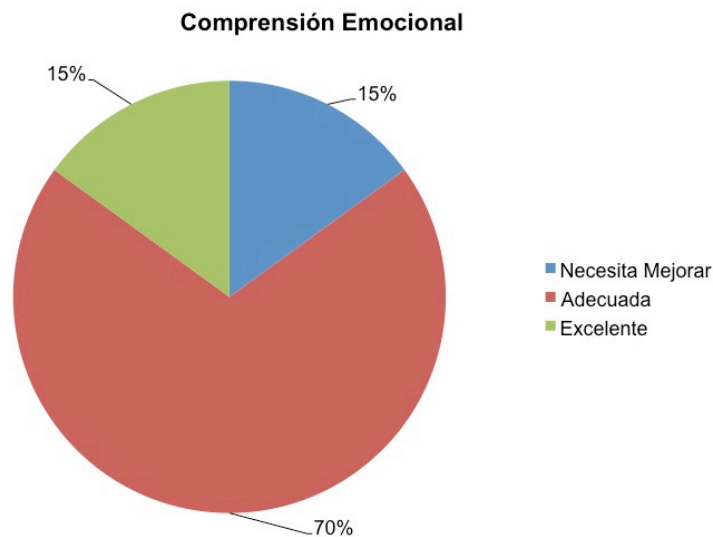
Fuente: TMMS-24 de la escala original de Salovey y Mayer (1995). Adaptado al castellano y reducida por Fernández- Berrocal et al., 1998, 2002.

Gráfico 1. Percepción/Atención Emocional.

Necesitan mejorar sentimientos y percepción: media (21,6), moda (18) y mediana (20).

- Adecuada percepción emocional y de sentimientos: media (23,5), moda (25) y mediana (27).

- Necesita mejorar por exceso de percepción emocional y de sentimientos (sólo un individuo está en este nivel).



Fuente: TMMS-24 de la escala original de Salovey y Mayer (1995). Adaptado al castellano y reducida por Fernández- Berrocal et al., 1998, 2002.

Gráfico 2. Comprensión Emocional.

- La comprensión emocional, grupo de 8 ítems situados en la parte central de la escala, ha obtenido los siguientes resultados (Gráfico 2): Dos grupos situados en los extremos (necesita mejorar la comprensión emocional/ excelente comprensión emocional) han obtenido la misma

proporción: 15%, de forma que sólo un 15% de las alumnas que han realizado la escala necesitan mejorar la claridad de sus sentimientos, su capacidad para expresarlos o definirlos, identificarse a sí mismas en su situación emocional y sentimental o apreciar cómo se sienten en diferentes situaciones, conocer sus sentimientos en su interrelación con otras personas, o, finalmente, llegar a comprender sus propios sentimientos. Sin embargo, la gran mayoría, un 70% mantienen una adecuada comprensión emocional. El sumatorio de las puntuaciones de los 8 ítems que miden la comprensión emocional cumplimentados por las alumnas en la parte central de la escala da como resultado los siguientes datos descriptivos

- Necesita mejorar la comprensión emocional y de sentimientos: media (19,8), moda (19) y mediana (20).
- Adecuada comprensión emocional y de sentimientos: media (28,9), moda (31), mediana (29).
- Excelente comprensión emocional y de sentimientos: media (35,6), moda (35), mediana (35,5).
- Respecto a la regulación emocional, grupo de 8 ítems situados en la parte final de la escala, se han obtenido los siguientes datos (Gráfico 3):

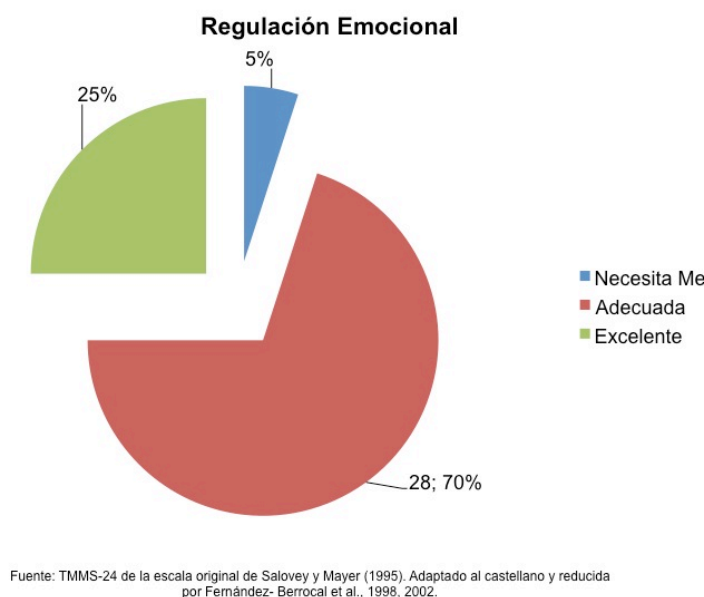


Gráfico 3. Regulación emocional

Tan solo Necesita mejorar la regulación emocional un 5% de las alumnas que han cumplimentado la escala, mientras que es adecuada en un 28,7% y los mismos datos reflejan que un 25% tiene una excelente regulación emocional y de sentimientos. El sumatorio de las puntuaciones de los 8 ítems que miden la regulación emocional cumplimentados por las alumnas en la parte central de la escala da como resultado los siguientes datos descriptivos:

- Necesitan mejorar la regulación emocional: media (18,5), moda (16 y 21) y mediana (18,5).
- Adecuada regulación emocional y de sentimientos: media (30,5), moda (32) y mediana (31).
- Excelente regulación emocional y de sentimientos: media (37,7), moda (38) y mediana (38).

Comparativamente de las tres dimensiones analizadas, la más deficitaria es la percepción/atención emocional (Gráfico 4), dado que precisa mejorar la percepción/atención emocional un considerable quince alumnas (37%). En este mismo nivel de percepción emocional, precisa mejorar una alumna por exceso de atención emocional (3%); mientras que la comprensión emocional sólo son seis las alumnas que precisan mejorar (15%) y el nivel de regulación emocional sólo dos alumnas precisan mejorar (5%). La inteligencia emocional es adecuada mayoritariamente en los tres niveles: percepción emocional: 24 alumnas (60%); comprensión emocional: 28 (70%); regulación emocional: 28 alumnas (70%). Asimismo, han alcanzado el nivel de excelencia en comprensión emocional 6 alumnas (15%); y en regulación emocional han obtenido puntuación de excelencia 10 alumnas (25%).

Afectación personal de Emociones/ Sentimientos

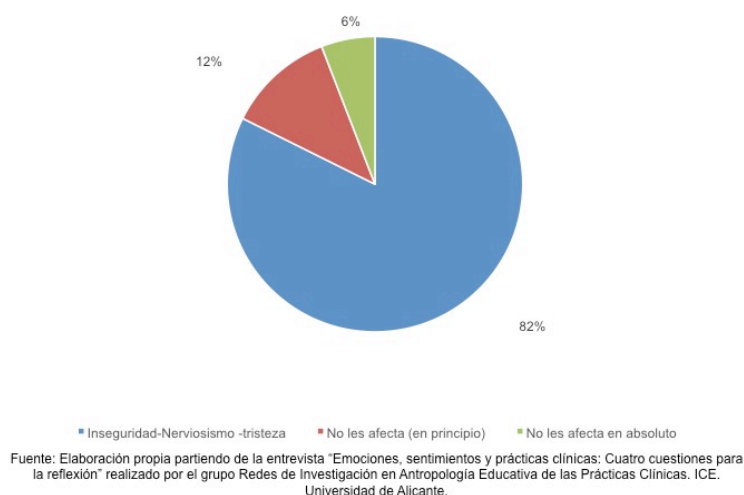


Gráfico 4. Afectación personal de emociones/sentimientos

La importancia de considerar la percepción emocional para estudiantes de enfermería en prácticas clínicas ha sido avalada por el estudio de Pulido-Martos, Augusto-Landa, & López-Zafrá, (2016) una de las principales herramientas para valorar el estrés de los estudiantes durante las prácticas clínicas es la atención a las emociones.

La incidencia de la percepción emocional en el nivel de metacognición de los alumnos es un dato a confirmar en futuros estudios, aunque los resultados de Extremera y Fernández-Berrocal (2005), parecen confirmar los de Doménech (2004) sobre este particular. Por otro lado, también puede ser interesante relacionar ambas dimensiones: inteligencia emocional y metacognición, con el potencial para desarrollar la reflexión en la práctica profesional tal como señala Schön en las tres fases del pensamiento práctico: conocimiento en la acción; reflexión en y durante la acción; y, por último, reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en la acción. Es decir, la reflexión en la acción como fuente de conocimiento práctico de las emociones y sentimientos (Schön, 2010). y el pensamiento crítico (Elliott, 1996). Esto resulta especialmente revelador si se considera que la dinámica y organización del trabajo clínico de los estudiantes y profesionales de enfermería se sustenta precisamente en la aplicación de técnicas y cuidados básicos; es decir, la "aplicación de tareas de ejecución" como recurso para la valoración de la inteligencia emocional (Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal, 2004). La propia naturaleza y organización del trabajo clínico requiere tanto la reflexión-acción (en las tres fases propuestas por Schön), como el pensamiento crítico, pero también es precisa un estudio estético para valorar la forma subjetiva e intersubjetiva (sociopoética) mediante la que se producen las emociones y los sentimientos durante el proceso de interacción con los pacientes (Siles-González, 2014, Siles-González y Solano-Ruiz, 2011, 2016)

Los resultados obtenidos con la entrevista abierta mediante el análisis de los datos nos ha permitido agrupar 5 categorías o temas vinculados con las emociones y sentimientos que les despiertan las prácticas clínicas: afectación personal, empatía, sentimientos positivos, sentimientos negativos y tiempo de recuperación de emociones negativas.

- Afectación personal: En cuanto a la afectación personal, la mayoría de alumnos afirman que la situación de enfermedad vivida durante el período de prácticas les produce inseguridad, nerviosismo y tristeza y que irremediablemente estas situaciones afectan al plano personal (82%). Solo dos alumnos (12%) manifiestan que no les afecta personalmente pero que cuando llegan a casa se acuerdan de determinadas situaciones (Gráfico IV): "Normalmente no me afectan el plano personal, solamente a veces pienso en algo o alguien cuando estoy fuera del hospital, pero con el tiempo ya no lo vuelvo a pensar" (D11). Sólo una alumna menciona que es capaz de dejar los sentimientos experimentados en el hospital y no trasladarlos al plano personal (2%): "Pues la verdad es que no. En alguna ocasión estando de prácticas me he encontrado con momentos difíciles, pero cuando salgo del hospital soy capaz de desconectar" (D6). Por otro lado, afirman que han tenido una madurez en la evolución de los sentimientos, que al principio todo les impactaba mucho más y con el paso de los cursos han madurado sus emociones.

- Empatía: En este tema se pueden distinguir dos subtemas, por un lado que los alumnos sean capaces de reconocer los sentimientos y emociones que despiertan en los pacientes y por otro los sentimientos que despiertan los estudiantes en los demás.

En cuanto al primer subtema sólo 4 (21%) de los participantes afirma que no pueden llegar a conocer los sentimientos en los pacientes, consideran que están poco tiempo en contacto con los pacientes para llegar a conocerlo. "No siempre conozco los sentimientos de las personas, pero me gusta mucho el trato con el paciente, hablo con ellos todo lo que puedo y muchas veces los descubro" (D6). En líneas generales, la mayoría de estudiantes son conocedores de los sentimientos que evocan en los demás, sobre todo en los pacientes, que generalmente son sentimientos positivos (79%). "En mi opinión, creo que tanto los pacientes como sus allegados tienen sentimientos positivos hacia mí y mi trabajo clínico, ya que suelo tratarles con respeto y me preocupo mucho por ellos. Esto se ve reflejado en la forma en la que me tratan: me sonríen, me hablan con amabilidad, me dan las gracias, etc." (D15)

- Sentimientos positivos. Aparecen sentimientos de alegría y felicidad cuando ven la mejoría del paciente, su alta (69%) o en el nacimiento de un niño (19%), o satisfacción personal cuando se les reconoce su trabajo (12%). "Me han afectado positivamente los sentimientos de orgullo conmigo misma cuando me han agradecido expresamente mi atención, o cuando las enfermeras me han dicho que lo hago muy bien." (D16); "Siempre me quedo con las experiencias positivas durante mis prácticas, por ejemplo, cuando un paciente se da de alta y me busca para despedirse de mí y darme las gracias, o darme algún regalo para agradecerme el trato recibido, etc ." (D15).

Estos resultados nos permiten afirmar que la inteligencia emocional es una forma de interacción con el contexto y la cultura (en este caso contexto clínico con una cultura institucional sanitaria que puede "colisionar" con la cultura del estudiante) que tiene muy en cuenta los sentimientos y está vinculado al control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc. Mediante la inteligencia emocional se desarrollan características fundamentales en el trabajo enfermero: autodisciplina, la empatía, el altruismo, etcétera, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social Goleman (1995). En este mismo sentido, los resultados obtenidos avalan la necesidad de ir más allá de los planteamientos psicométricos para el estudio de la inteligencia emocional, dado el potencial de la interacción enfermera-paciente como una fuente generadora de sentimientos de gran intensidad que contribuyen a la humanización de la enfermería y a tomar conciencia del carácter artístico de la misma mediante la aplicación de los cuidados (Siles-González y Solano-Ruiz, 2011, 2016). Otros estudios que mantienen este enfoque estético describen la importancia de las emociones y los sentimientos en la humanización de los cuidados a través de la poesía de los cuidados y la socio-poética (Siles-González, 2014).

- Sentimientos negativos: Aparecen con mayor frecuencia y se repite en la mayoría de los alumnos sentimientos de tristeza, rabia e impotencia ante el dolor y la muerte de los pacientes (87%). También manifiestan sentirse desesperados ante la enfermedad de niños (13%) (Gráfico 8). Durante el desarrollo de las prácticas y vinculadas con la prestación de cuidados aparece miedo a cometer errores e incertidumbre a no saber que le depara el servicio o unidad. Algunos alumnos han mencionado sentimientos de frustración: "Creo que el miedo es uno de los que más he vivido, debido a la inexperiencia. La incertidumbre al comienzo de las prácticas" (D7); "En alguna ocasión he salido frustrada pensando que no servía para esto (sobre todo si te toca una tutora no muy comprensiva" (D11). En estos resultados se aprecia como las emociones constituyen impulsos para la acción que están relacionadas con las estructuras de significación de las alumnas (Atencia-Escalante, 2005) y pueden expresarse de forma verbal o no verbal (Ekman, 2013), hecho éste que tiene una gran repercusión en la relación enfermera-paciente.

Tiempo de recuperación de los sentimientos negativos: El tiempo de recuperación de los sentimientos negativos en la mayoría de participantes oscila alrededor de dos días (87%)., Sólo dos alumnas han manifestado que le dura bastante más tiempo (13%): "Por norma general soy alegre y optimista, así que no suelo quedarme triste o afectada mucho tiempo porque no va con mi forma de ser. Sí que es cierto que algunos ciclos menstruales que las hormonas las he tenido un poco desbaratadas y he estado más sensible he podido estar todo el día un poco triste, pero al llegar a casa normalmente se me pasa. El resto de sentimientos se suelen quedar colgados en la misma percha que el uniforme allí en el hospital" (D15); "No he tenido muchas experiencias negativas durante mis prácticas. Igualmente, en las pocas ocasiones en las que esto ha sucedido, como por ejemplo, una vez en la que una paciente no quería que yo le canalizara una vía periférica por ser estudiante, he tratado de comprender la postura de esa persona y de no darle mucha importancia" (D16). Uno de los mecanismos de funcionamiento de la inteligencia emocional de los alumnos, se produce como consecuencia de las percepciones de los alumnos durante las prácticas clínicas. Tal como señala Heller (2006) éstas pueden dar lugar a emociones y

sentimientos que se almacenan en la memoria si son relevantes (tienen un significado intenso), pero dependiendo del carácter negativo o positivo de estas emociones y sentimientos, se mantienen en la memoria (positivos) o se postergan al olvido (negativos).

Con estos resultados, se ha podido constatar que la regulación emocional incide significativamente en el bienestar de los alumnos en prácticas clínicas (Pulido-Martos, Augusto-Landa, & López-Zafrá, 2016). Indudablemente, unas emociones están relacionadas con el bienestar y otras, como la muerte, con la tristeza y el estrés, por eso resulta fundamental que el estudiante sea capaz de regularlas de forma adecuada. Para ello, es imprescindible la activación de procesos de reflexión (Schön, 2010) y metacognición (Doménech, 2004) que contribuirán a un estado de conciencia más feliz e integrado en los procesos de enseñanza aprendizaje (Goleman, 1997). Asimismo, la importancia de la expresión no verbal resulta fundamental en alumnos que realizan sus prácticas clínicas y la expresión de las emociones suele ser, fundamentalmente no verbal (Ekman, 2004, 2010, 2013). Contribuyen a identificar mentiras y reflejan la realidad del estado emocional: miedo, asco, angustia, impotencia, etc.

Entre las limitaciones de este estudio hay que considerar el escaso número de estudiantes varones (no significativo), por lo que se ha desechado realizar un análisis comparativo de los datos entre los dos sexos. Por otro lado, siguiendo a Mayer y Salovey, Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal (2004) queda patente que el enfoque exclusivamente psicométrico de las emociones y sentimientos y de la inteligencia emocional, precisa de complementarse mediante estudios cualitativos con enfoques que profundicen más en la complejidad del fenómeno.

CONCLUSIONES

La escala de Inteligencia Emocional TMMS - 24 constituye una herramienta pertinente para valorar las dimensiones perceptivas, comprensivas y regulativas de la inteligencia emocional de los alumnos del grado de enfermería. Asimismo, mediante los resultados obtenidos se deben desarrollar estrategias innovadoras para la toma de conciencia, reflexión, valoración y análisis de las emociones y sentimientos derivados de actividades desarrolladas por alumnos del grado de enfermería durante sus prácticas clínicas.

- La metacognición respecto a la producción de emociones y sentimientos contribuye a un mayor control de sus repercusiones en el trabajo clínico de los alumnos en prácticas clínicas de enfermería.

- La concienciación de la inteligencia emocional incide en un mayor potencial de resolución de problemas y está influida tanto por procesos de construcción social como por factores culturales.

El abordamiento exclusivamente psicométrico de la inteligencia emocional no parece la solución más pertinente y solvente, dado que no es probable que la inteligencia emocional pueda educarse de forma aislada. Para que el aprendizaje de las emociones y sentimientos resulte significativo para el educando, es precisa la implicación del mismo mediante procesos de toma de conciencia en los que se clarifique la importancia de dimensiones como: la metacognición, la reflexión en la acción, el pensamiento crítico y la estética.

BIBLIOGRAFÍA

Atencia-Escalante, J. (2005). Antropología y emociones: Geertz y Taylor. Debates sobre las Antropologías. *Thémata*, 35, 451 - 455. Geertz, C. (1996). La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa

Casal, J. y Mateu, E. (2003). Tamaño de la muestra. *Rev. Epidem. Med. Prev.* 1, 8 - 14

Doménech, M. (2004). El papel de la inteligencia y de la metacognición en la resolución de problemas. Tarragona: Publicaciones Universidad Rovira I Virgili.

Ekman, P. (2004). ¿Qué dice ese gesto? Barcelona: RBA.

Ekman, P. (2010). Cómo detectar mentiras : una guía para utilizar en el trabajo, la política y la pareja. Barcelona: Paidós

Ekman, P. (2013). El rostro de las emociones : signos que revelan significado más allá de las palabras. Barcelona: Círculo de Lectores.

- Elliott, D.D. (1996). Promoting critical thinking in the classroom. *Nurse Educ*, 21:49 - 52.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and healthrelated quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47²⁸.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional: Métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30, 1³.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 15, 117³².
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y Estrés*, 11, 101 - 122.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social and Physical Health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 45⁴.
- Extremera-Pacheco, N. y Fernández Berrocal, P. (2004). La inteligencia emocional: métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*. OEI-Credi. Biblioteca digital. 12 pp. Disponible en: www.rieopi.org/deloslectores/465extremera.pdf. Consulta 15 de abril de 2017.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N., Extremera, N. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* 4, 1 - 15.
- Fernández-Berrocal, N. y Extremera-Pacheco, N. (2005) La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), (2005), 63 - 93
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica. Málaga.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al.: datos preliminares. Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica. Málaga.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., y Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16 - 27.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751³³.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N., Extremera, N.,
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. Ed. (1997). *La salud emocional*. Barcelona: Kairós.
- Heller, A. (1996) *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós.
- Heller, A. (2006) *Teoría de los sentimientos*. México: Coyoacán.
- Mcmillan, J. & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa*. Madrid: Pearson Addison Wesley.
- Pulido-Martos, Manuel, Augusto-Landa, José M., & López-Zafra, Esther. (2016). Estudiantes de Enfermería en prácticas clínicas: el rol de la inteligencia emocional en los estresores ocupacionales y bienestar psicológico. *Index de Enfermería*, 25(3), 215 - 219.

Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990) Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185 - 211.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Metaood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, & Health* (pp. 125 - 151). Washington: American Psychological Association.

Schön, D. (2010). *La formación de profesionales reflexivos : hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.

Siles-González, J. y Solano-Ruiz, C. (2009). *Antropología Educativa de los Cuidados: Una etnografía del aula y las prácticas clínicas*. Alcoy: ICE/Universidad de Alicante-Marfil. Disponible en <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20339/1/Antropologia%20educativa.pdf>

Siles-González, J. y Solano-Ruiz, C. (2016) Self-assessment, reflection on practice and critical thinking in nursing students. *Nurse Education Today*. 132-136
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.07.005>

Siles-González, J. (2014). El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antro-poética. *Cultura de los Cuidados*. 18, 38. Disponible en <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01>

Siles-González, J., Solano-Ruiz, M.C. (2011). Cultural history and aesthetics of nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 19(5):1096 - 1105.

Siles-González, J., Solano-Ruiz M.C. (2016). Sublimity and beauty: A view from nursing aesthetics. *Nursing Ethics*. 2016; 23(2): 154 - 166.